

KARYA TULIS ILMIAH

“ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY B. S DENGAN ANGINA PEKTORIS
DIRUANGAN ICCU RSUD Prof. Dr. W. Z. JOHANNES KUPANG”

Karya Tulis Ilmiah Ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk
Menyelesaikan Program Pendidikan Diploma III Keperawatan
Pada Program Studi D-III Keperawatan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang



KESIA PONO
PO.530320116309

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN
2019

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah oleh Kesia Pono, NIM: PO.530320116309 dengan judul
"Asuhan Keperawatan Pada Ny. B. S Dengan Angina Pectoris Di Ruang ICU
RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang" Telah diperiksa dan disetujui untuk
diujikan.

Disusun Oleh:



Kesia Pono
NIM: PO.530320116309

Telah Disetujui Untuk Diseminarkan Di Depan Dewan Penguji
Prodi D III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang
Pada Tanggal, 11 Juni 2019

Pembimbing



Domingos Gonsalves, S.Kep.,Ns.,MSc
NIP: 197108061992031001

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

“ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. B. S DENGAN ANGINA PEKTORIS DI
RUANGAN ICCU RSUD PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG”

Disusun Oleh:



Kesia Pono

NIM: PO.530320116309

Telah Diuji Pada Tanggal, 11 Juni 2019

Dewan Penguji

Penguji I



Ns. Yoani M. V. B. Aty, S.Kep.,M.Kep
NIP: 19790805201122001

Penguji II



Dominggos Gonsalves, S.Kep.,Ns.,MSc
NIP: 197108061992031001

Mengetahui



Ketua Jurusan Keperawatan



Dr. Florentianus Tat, S.Kp.,M.Kes
NIP: 196911281993031005

Ketua Prodi D-III Keperawatan



Margaretha Teli, S.Kep.,Ns.,MSc-PH
NIP: 197707272000032002

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Kesia Pono

NIM : PO.530320116309

Program studi : D-III Keperawatan

Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa karya tulis ilmiah yang saya tulis ini adalah benar – benar merupakan hasil studi kasus sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan karya tulis ilmiah ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kupang, 11 Juni 2019

Pembuat Pernyataan

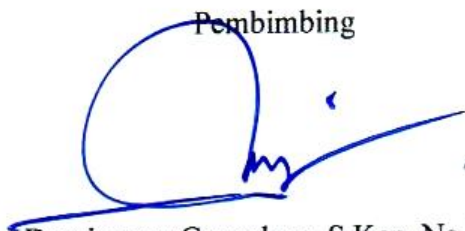


Kesia Pono

NIM: PO.530320116309

Mengetahui

Pembimbing



Domingos Gonsalves, S.Kep.,Ns.,MSc

NIP: 197108061992031001

BIODATA PENULIS

Nama lengkap : Kesia Pono

Tempat tanggal lahir : Kupang, 08 Februari 1998

Jenis kelamin : Perempuan

Alamat : Jln. Bhakti Karang – Oebobo

Riwayat pendidikan :

1. Tamat Taman kanak – kanak Horeb Perumnas Tahun 2004
2. Tamat SD Inpres Bertingkat Perumnas 3 Tahun 2010
3. Tamat SMP Negeri 1 Kota Kupang Tahun 2013
4. Tamat SMA Negeri 5 Kota Kupang Tahun 2016
5. Sejak tahun 2016 kuliah di Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

MOTTO

Sebab Tuhan mengetahui rancangan apa yang terbaik untuk kita, rancangan damai sejahtera dan bukan rancangan kecelakaan, untuk memberikan kepada kita hari depan yang penuh harapan.

“Karena Masa Depan sungguh ada dan Harapan tidak akan hilang”

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis ucapkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. B. S Dengan Angina Pektoris Di Ruang ICCU RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang”. Penulisan karya tulis ilmiah ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada program Studi D III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kupang. Penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini belum sempurna. Oleh karena itu penulis mengharapkan kritikan dan saran yang bersifat membangun dari berbagai pihak demi kesempurnaan karya tulis ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, sangat sulit bagi penulis untuk menyelesaikan karya tulis ilmiah ini. Oleh karena itu, penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada:

1. Bapak Dominggos Gonsalves, S.Kep.,Ns.,MSc, selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan penulis dalam penyusunan Karya tulis ilmiah ini.
2. Ibu Ns. Yoani M. V. B. Aty, S.Kep.,M.Kep, selaku penguji yang telah meluangkan waktu, tenaga dan pikiran untuk menguji penulis dan mengarahkan penulis dalam menyelesaikan Karya tulis ilmiah ini.
3. Ibu Margaretha Teli, S.Kep.,Ns.,MSc-PH, selaku ketua Prodi D III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kupang yang telah memberi ijin dan kesempatan bagi penulis untuk menyelesaikan Karya tulis ilmiah ini.
4. Bapak Dr. Florentianus Tat, S.Kp.,M.Kes, selaku ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kupang yang telah memberikan ijin dan kesempatan bagi penulis untuk dapat menyelesaikan Karya tulis ilmiah ini.
5. Ibu R. H Kristina, SKM.,M.Kes, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah memberikan kesempatan kepada penulis dalam menyelesaikan Karya tulis ilmiah ini.

6. Ibu Agustina V. Somi, SST, selaku pembimbing klinik yang telah membantu dan membimbing penulis dalam proses pelaksanaan Karya tulis ilmiah ini.
7. Bapa dan Mama tercinta yang telah membesarkan dan mendidik penulis dengan penuh cinta dan kasih sayang, yang memberikan dukungan dan doa serta motivasi bagi penulis untuk menyelesaikan Karya tulis ilmiah ini.

Akhir kata, penulis berhadarap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu.

Kupang, Juni 2019

Penulis

ABSTRAK

**Asuhan Keperawatan Pada Ny. B. S Dengan Angina Pectoris Di Ruangan
ICCU RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kota Kupang.
Oleh: Kesia Pono**

Latar Belakang: Angina pectoris merupakan nyeri dada yang dirasakan secara tiba – tiba yang diakibatkan karena pembuluh darah jantung tidak mampu untuk menyuplai oksigen ke jantung secara adekuat, dikarenakan terbentuknya plak di dalam pembuluh darah yang menyebabkan pembuluh darah menyempit. Desain penelitian kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Pengumpulan data di lakukan dengan wawancara (hasil anamnesa berisi tentang identitas pasien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang dan dahulu), observasi dan pemeriksaan fisik.

Tujuan: Untuk mendapatkan gambaran asuhan keperawatan pada Ny. B.S dengan Angina Pectoris di ruangan ICCU RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kota Kupang.

Hasil: Hasil pengkajian di dapatkan data klien mengeluh nyeri dada sebelah kiri menjalar ke belakang, skala nyeri 4, dan nyeri terasa terus – menerus. Diagnosa keperawatan Nyeri akut, Intervensi yang di terapkan pada pasien mengkaji nyeri, observasi ketidaknyamanan, mengajarkan teknik tarik nafas dalam, dan melayani pemberian analgesik. Evaluasi nyeri berkurang, skala nyeri 1, masalah teratasi.

Kesimpulan: Asuhan keperawatan pada Ny. B. S dengan Angina Pectoris di lakukan melalui 5 tahap proses keperawatan. Semua masalah keperawatan untuk mengatasi masalah-masalah keperawatan di atas dapat di laksanakan secara optimal.

Saran: Bagi perawat yaitu memberikan informasi kepada pasien dan keluarga mengenai penyakit Jantung khususnya Angina Pectoris dan memfasilitasi pasien dalam melakukan perawatan diri selama di Rumah Sakit. Saran bagi pasien dan keluarga yaitu menjalani terapi pengobatan dengan teratur sehingga mempercepat proses penyembuhan, melakukan perawatan diri sesuai teori yang di terapkan selama perawatan.

Kata Kunci: Angina Pectoris, Asuhan Keperawatan

DAFTAR ISI

| | |
|---|------|
| HALAMAN JUDUL | |
| LEMBAR PERSETUJUAN..... | i |
| LEMBAR PENGESAHAN | ii |
| PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN | iii |
| BIODATA PENULIS | iv |
| KATA PENGANTAR | v |
| ABSTRAK | viii |
| DAFTAR ISI..... | ix |
| DAFTAR LAMPIRAN..... | x |
| BAB I PENDAHULUAN | 1 |
| 1.1 Latar belakang..... | 1 |
| 1.2 Tujuan studi kasus..... | 2 |
| 1.3 Manfaat studi kasus..... | 3 |
| BAB II TINJAUAN PUSTAKA..... | 4 |
| 2.1 Konsep teori | 4 |
| 2.2 Konsep asuhan keperawatan | 12 |
| BAB III HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN..... | 20 |
| 3.1 Hasil studi kasus..... | 20 |
| 3.2 Pembahasan..... | 27 |
| 3.3 Keterbatasan studi kasus | 31 |
| BAB IV KESIMPULAN DAN SARAN | 32 |
| 4.1 Kesimpulan | 32 |
| 4.2 Saran..... | 33 |
| DAFTAR PUSTAKA | 34 |
| LAMPIRAN | |

DAFTAR LAMPIRAN

| | |
|--|----|
| Lampiran 1 Format Asuhan Keperawatan | 36 |
| Lampiran 2 Proses Bimbingan Laporan Karya Tulis Ilmiah | 44 |

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Gangguan kardiovaskuler adalah suatu kondisi terganggunya kemampuan jantung untuk memompa darah. Salah satu gangguan jantung di antaranya Angina Pectoris. Angina pectoris merupakan nyeri dada yang dirasakan secara tiba – tiba yang diakibatkan karena pembuluh darah jantung tidak mampu untuk menyuplai oksigen ke jantung secara adekuat, dikarenakan terbentuknya plak di dalam pembuluh darah yang menyebabkan pembuluh darah menyempit atau obstruksi (Rosdahl & Kowalski, 2017).

Penyakit kardiovaskuler menjadi permasalahan kesehatan global. Data yang diperoleh dari *World Health Organization 2017* menyebutkan bahwa angka kematian oleh karena penyakit kardiovaskuler sebesar 17,7 juta orang setiap tahunnya dan 31% merupakan penyebab dari seluruh kematian global. Hasil Riskesdas tahun 2018 menunjukkan bahwa angka prevalensi penyakit jantung di Indonesia sebanyak 1,5% dengan urutan tertinggi Kalimantan Utara 2,2% dan terendah NTT 0,7%. Dari hasil Riskesdas juga didapatkan data bahwa kelompok umur di atas 75 tahun lebih berisiko terkena penyakit jantung, dengan prevalensinya sebesar 4,7% (Indonesia, 2018).

Angka kejadian angina pectoris sangat sedikit, dilihat dari data yang didapatkan di ruang ICCU RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang bahwa jumlah pasien yang dirawat dengan masalah penyakit jantung khususnya angina pectoris pada 3 bulan terakhir yaitu dari bulan Februari sampai dengan bulan April 2019 sebanyak 4 orang, yang terdiri dari 2 laki – laki dan 2 perempuan.

Angina pectoris disebabkan oleh iskemia miokardium reversible dan sementara yang dicetuskan oleh ketidakseimbangan antara kebutuhan oksigen miokardium dan suplai oksigen miokardium. Pada kebanyakan kasus angina pectoris diakibatkan oleh penurunan suplai oksigen. Penyebab yang paling umum dari penurunan suplai oksigen berasal dari penyempitan aterosklerosis arteri koroner. Thrombus nonoklusif terjadi ketika plak aterosklerosis yang

mengalami gangguan, yang menimbulkan penurunan perfusi miokardium. Ketika darah yang mengalir ke miokardium berkurang, autoregulasi aliran darah koroner terjadi sebagai mekanisme kompensasi. Otot polos arterional mengalami relaksasi sehingga mengurangi resistensi terhadap aliran darah pada dasar arteriol. Ketika mekanisme kompensasi ini tidak dapat lagi memenuhi kebutuhan metabolik, iskemia miokardium terjadi dan individu merasa nyeri (Morton, D, C, & B, 2013).

Penatalaksanaan pada pasien dengan angina pektoris yaitu pemberian nitrogliserin. Nitrogliserin adalah bagian utama terapi dan digunakan sublingual atau semprot untuk serangan angina akut. Jika tiga tablet sublingual (0,4 mg) atau semprot yang digunakan setelah 5 menit tidak meredakan nyeri angina, nitrogliserin intravena dapat membantu. Nitrogliserin IV harus mulai diberikan dengan kecepatan 10 µg/menit setiap 3 hingga 5 menit sampai beberapa gejala atau respons tekanan darah terlihat. Jika tidak ada respons yang terlihat pada kecepatan 20 µg/menit, penambahan 10 µg/menit, dan selanjutnya 20 µg/menit dapat digunakan (Morton, D, C, & B, 2013).

Peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan guna untuk mencegah dan meningkatkan kesehatan pasien. Peran perawat di ruang ICCU dalam menangani pasien dengan angina pektoris yaitu memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif yaitu dengan membatasi aktivitas untuk mengurangi beban kerja jantung dan mengurangi rasa nyeri. Selain itu tindakan lainnya dapat berupa pengaturan pola makan, mengurangi rokok dan stress emosional. Peran perawat di ruang ICCU dalam menangani pasien dengan Angina Pektoris sangat penting, karena sangat berpengaruh terhadap kesehatan dan keselamatan pasien. Peran perawat di ruang ICCU dikatakan berhasil dibuktikan dengan tidak adanya angka kematian pasien dengan Angina Pektoris di ruang ICCU RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang dalam tiga bula terakhir, yaitu dari bulan Februari sampai April 2019.

1.2 Tujuan

1.2.1 Tujuan umum

Mahasiswa mampu menerapkan asuhan keperawatan pada pasien Ny. B. S dengan diagnosa medis Penyakit Angina Pektoris di ruang ICCU, RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.

1.2.2 Tujuan khusus

1. Melakukan pengkajian keperawatan pada pasien Ny. B. S dengan diagnosa medis Penyakit Angina Pektoris
2. Menegakkan diagnosa keperawatan pada pasien Ny. B. S dengan diagnosa medis Penyakit Angina Pektoris
3. Menyusun rencana keperawatan atau intervensi pada pasien Ny. B. S dengan diagnosa medis Penyakit Angina Pektoris
4. Melaksanakan tindakan keperawatan atau implementasi pada pasien Ny. B. S dengan diagnosa medis Penyakit Angina Pektoris
5. Mendeskripsikan evaluasi keperawatan pada pasien Ny. B. S dengan diagnosa medis Penyakit Angina Pektoris

1.3 Manfaat

1.3.1 Manfaat teoritis

Untuk pengembangan ilmu keperawatan gawat darurat (jantung) dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan penyakit Angina Pektoris di ruang ICCU, RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang

1.3.2 Manfaat praktisi

1. Bagi penulis

Dapat menambah, memperluas wawasan dan memberikan pengalaman langsung bagi penulis selanjutnya dalam melaksanakan praktik dan mengaplikasikan berbagai teori dan konsep mengenai Angina Pektoris.

2. Bagi institusi

Sebagai suatu referensi untuk bahan penelitian serta dapat digunakan sebagai langkah untuk praktik selanjutnya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep teori Angina Pektoris

2.1.1 Pengertian

Secara harfiah angina pektoris (biasanya disebut sebagai *angine*) berarti “nyeri dada”. Angina terjadi secara tiba – tiba ketika beraktivitas berat mengharuskan arteri meningkatkan suplai darah ke jantung. Arteri yang menyempit atau obstruksi tidak dapat memberikan suplai yang diperlukan. Akibatnya otot jantung terbebani (Rosdahl & Kowalski, 2017).

Angina pektoris adalah suatu sindrom klinis yang ditandai dengan episode atau tertekan di depan dada akibat kurangnya aliran darah koroner, menyebabkan suplai oksigen ke jantung tidak adekuat atau dengan kata lain, suplai kebutuhan oksigen jantung meningkat (Ns. Reny Yuli Aspiani, 2016).

Angina pektoris adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan nyeri dada atau ketidaknyamanan yang disebabkan oleh penyakit arteri koronaria. Pasien dapat menggambarkan sensasi seperti tekanan, rasa penuh, diremas, berat, atau nyeri (Morton, D, C, & B, 2013).

2.1.2 Etiologi

Beberapa penyebab angina pektoris menurut (Ns. Reny Yuli Aspiani, 2016), yaitu:

1. Faktor penyebab

- 1) Suplai oksigen ke miokard berkurang yang disebabkan oleh tiga faktor: faktor pembuluh darah: aterosklerosis, spasme, dan aterosklerosis, faktor sirkulasi: hipotensi, stenosis aorta, dan insufisiensi aorta, dan faktor darah: anemia, hipoksemia, dan polisitemia.
- 2) Peningkatan curah jantung dapat disebabkan oleh aktivitas emosi, makan terlalu banyak, anemia, hipertiroidisme.

- 3) Peningkatan kebutuhan oksigen miokard dapat disebabkan oleh kerusakan miokard, hipertrofi miokard, hipertensi diastolik.
2. Faktor predisposisi
 - 1) Dapat diubah (dimodifikasi): diet (hiperlipidemia), merokok, hipertensi, obesitas, kurang aktivitas, diabetes mellitus, pemakaian kontrasepsi oral.
 - 2) Tidak dapat diubah: usia, jenis kelamin, ras, hereditas.
 3. Faktor pencetus serangan
 - 1) Emosi atau berbagai emosi akibat sesuatu situasi yang menegangkan, mengakibatkan frekuensi jantung meningkat, akibat pelepasan adrenalin dan meningkatnya tekanan darah, dengan demikian beban kerja jantung juga meningkat.
 - 2) Kerja fisik terlalu berat dapat memicu serangan dengan cara meningkatkan kebutuhan oksigen jantung.
 - 3) Makan makanan berat akan meningkatkan aliran darah ke daerah mesentrik untuk pencernaan sehingga menurunkan ketersediaan darah untuk suplai jantung (pada jantung yang sudah sangat parah, pintasan darah untuk pencernaan membuat nyeri angina semakin buruk).
 - 4) Paparan terhadap dingin dapat mengakibatkan vasokonstriksi dan peningkatan tekanan darah, disertai peningkatan kebutuhan oksigen.

2.1.3 Patofisiologi

Mekanisme timbulnya angina pectoris didasarkan pada ketidakadekuatan suplai oksigen ke sel – sel miokardium yang diakibatkan karena kekakuan arteri dan penyempitan lumen arteri koroner (aterosklerosis koroner). Penyebab aterosklerosis tidak diketahui secara pasti, tetapi jelas bahwa tidak ada faktor tunggal yang berperan atas penyebab aterosklerosis. Aterosklerosis merupakan penyakit arteri koroner yang paling sering ditemukan. Sewaktu beban

kerja suatu jaringan meningkat, maka kebutuhan oksigen juga meningkat. Pada kondisi jantung yang sehat apabila kebutuhan meningkat, maka arteri koroner berdilatasi dan mengalirkan lebih banyak darah dan oksigen ke otot jantung. Akan tetapi, apabila arteri koroner mengalami kekakuan atau menyempit akibat aterosklerosis dan tidak dapat berdilatasi sebagai repons terhadap peningkatan kebutuhan akan oksigen, terjadi iskemik (kekurangan suplai darah) ke miokardium. Berkurangnya kadar oksigen memaksa miokardium mengubah metabolisme yang bersifat aerobik menjadi metabolisme anaerobik. Metabolisme anaerobik dengan perantaraan lintasan glikolitik jauh lebih tidak efisien dibandingkan dengan metabolisme aerobik melalui fosforilasi oksidatif dan siklus kreb. Pembentukan fosfat berenergi tinggi mengalami penurunan yang cukup besar. Metabolisme anaerob akan memiliki hasil akhir berupa asam laktat yang akan mengurangi pH sel dan menimbulkan nyeri. Kombinasi hipoksia, penurunan ketersediaan jumlah energy, dan juga asidosis menyebabkan gangguan fungsi ventrikel kiri. Kekuatan kontraksi daerah miokardium yang terserang berkurang menyebabkan pemendekan serabut sehingga kekuatan dan kecepatannya berkurang. Selain itu, gerakan dinding sekmen yang mengalami iskemia menjadi abnormal. Bagian tersebut akan menonjol keluar setiap kali berkontraksi. Berkurangnya daya kontraksi dan gangguan gerakan jantung mengubah hemodinamika. Respons hemodinamika dapat berubah – ubah, sesuai dengan ukuran sekmen yang mengalami iskemia dan derajat respon reflex kompensasi oleh sistem saraf otonom. Berkurangnya fungsi ventrikel kiri dapat mengurangi curah jantung dengan mengurangi volume sekuncup (jumlah darah yang dikeluarkan setiap kali jantung berdenyut) (Ns. Reny Yuli Aspiani, 2016).

2.1.4 Manifestasi klinis

Nyeri biasanya lebih hebat di atas dada, meskipun nyeri dapat menyebar ke bahu, lengan, leher, rahang, dan punggung. Klien mendeskripsikan sensasi sebagai pengencangan, seperti terjepit, atau tercekik. Dyspepsia sering kali menjadi keluhan utama. Klien lebih sering merasakan nyeri pada lengan kiri, karena merupakan arah percabangan aorta. Namun, klien dapat merasakan nyeri pada lengan yang lain. Klien Nampak pucat, merasa seperti pingsan, atau dispnea. Nyeri sering berhenti dalam waktu kurang dari 5 menit, tetapi nyeri dapat terjadi secara intens saat berlangsung. Nyeri merupakan tanda peringatan bahwa jantung tidak mendapatkan cukup darah dan oksigen. Klien yang mengabaikan tanda peringatan ini, berisiko mengalami penyakit yang serius atau kematian yang tiba – tiba jika mereka tidak segera mendapatkan perawatan dari dokter. Klien mungkin akan mengalami serangan angina berulang, tetapi terapi mengurangi bahaya serangan yang fatal (Rosdahl & Kowalski, 2017).

Sedangkan menurut (Ns. Reny Yuli Aspiani, 2016) mengatakan bahwa manifestasi klinis dari angina pektoris, yaitu ditandai dengan nyeri dada substernal atau retrosternal yang menjalar ke leher, tenggorokan daerah interskapula atau lengan kiri. Nyeri ini berawal sebagai rasa terhimpit, rasa terjepit atau rasa terbakar yang menyebar ke lengan kiri bagian dalam dan kadang hingga pundak, bahu dan leher kiri bahkan sampai ke kelingking kiri. Perasaan ini juga dapat pula menyebar ke pinggang, tenggorokan, rahang dan ada juga yang sampai ke lengan kanan. Rasa tidak enak ini juga dapat dirasakan di ulu hati, tetapi jarang terasa di daerah apeks kordis. Nyeri dapat disertai beberapa atau salah satu gejala, seperti keringat dingin, mual dan muntah, lemas, berdebar dan rasa akan pingsan (*fainting*). Serangan nyeri berlangsung hanya beberapa menit (1 – 5 menit) tetapi dapat hingga lebih dari 20 menit. Tanda yang lain, yaitu:

1. Pemeriksaan fisik di luar serangan umumnya tidak menunjukkan kelainan yang berarti. Pada waktu serangan, denyut jantung bertambah, tekanan darah meningkat dan di daerah prekordium pukulan jantung terasa keras.
2. Pada auskultasi, suara jantung terdengar jauh bising sistolik terdengar pada pertengahan atau akhir sistol dan terdengar bunyi keempat.
3. Nyeri hilang atau berkurang bila istirahat atau pemberian nitrogliserin.
4. Gambaran EKG: depresi segmen ST, terlihat gelombang T terbalik.
5. Gambaran EKG sering kali normal pada waktu tidak timbul serangan.

2.1.5 Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan untuk pasien angina pectoris menurut (Ns. Reny Yuli Aspiani, 2016), yaitu:

1. Pemeriksaan laboratorium

Untuk menyingkirkan diagnosis infark miokard jantung akut maka sering dilakukan pemeriksaan enzim CPK, SGOT atau LDH. Enzim tersebut akan meninggi pada infark jantung akut sedangkan pada angina kadarnya masih normal. Pemeriksaan lipid darah, seperti kadar kolesterol, HDL, LDL, dan trigliserida perlu dilakukan untuk menemukan faktor risiko.

2. Elektrokardiogram (EKG)

Gambaran EKG terkadang menunjukkan bahwa klien pernah mendapat infark miokard pada masa lampau, menunjukkan pembesaran ventrikel kiri pada klien hipertensi dan angina, dan menunjukkan perubahan segmen ST dan gelombang T yang tidak khas. Pada waktu serangan angina, EKG menunjukkan adanya depresi segmen ST dan gelombang T menjadi negatif.

3. Foto rontgen dada

Sering kali menunjukkan bentuk jantung yang normal, tetapi pada pasien hipertensi dapat terlihat jantung yang membesar dan terkadang tampak adanya kalsifikasi arkus aorta.

4. Arteriografi koroner

Suatu karakter dimasukan lewat arteri femoralis ataupun brakialis dan diteruskan ke aorta ke dalam muara arteri koronaria kanan dan kiri. Media kontras radiografik kemudian disuntikan dan *cinoentgenogram* akan memperlihatkan kuntur arteri serta daerah penyempitan. Kateter ini kemudian didorong lewat katup aorta untuk masuk ventrikel kiri dan disuntikan lebih banyak media kontras untuk menentukan bentuk, ukuran, dan fungsi ventrikel kiri.

5. Uji latihan (*Treadmill*)

Pada uji jasmani tersebut dibuat EKG pada waktu istirahat lalu pasien disuruh melakukan latihan dengan alat treadmill atau sepeda ergometer sehingga pasien mencapai kecepatan jantung maksimal atau submaksimal dan selama latihan EKG diobservasi demikian pula setelah selesai EKG terus diobservasi. Tes dianggap positif bila didapatkan depresi segmen ST sebesar 1mm atau lebih pada waktu latihan atau sesudahnya. Lebih – lebih bila di samping depresi segmen ST juga timbul rasa sakit dada seperti pada waktu serangan, maka kemungkinan besar pasien memang menderita angina pectoris.

6. *Thallium Exercise Myocardial Imaging*

Pemeriksaan ini dilakukan bersama – sama uji latihan jasmani dan dapat menambah sensitivitas dan spesifitas uji latihan. *Thallium 201* disuntikan secara intravena pada puncak latihan, kemudian dilakukan pemeriksaan *scanning* jantung segera setelah latihan dihentikan dan diulang kembali setelah pasien sehat dan kembali normal. Bila ada iskemia maka akan tampak *cold spot* pada daerah yang menderita iskemia pada waktu latihan dan menjadi normal

setelah pasien istirahat. Pemeriksaan ini juga menunjukkan bagian otot jantung yang menderita iskemia.

2.1.6 Penatalaksanaan

Angina dapat dikendalikan menggunakan tablet nitrogliserin. Segera setelah serangan dimulai, klien meletakkan tablet di bawah lidah (sublingual) sehingga tablet larut. Nitrogliserin memberikan efek peredaan yang cepat dengan mendilatasi arteri koroner. Klien dapat menggunakan obat ini dengan aman selama bertahun – tahun tanpa adanya efek yang menyebabkan penyakit. Salep nitrogliserin topical atau balutan transdermal yang dibasahi dengan nitrogliserin digunakan secara luas untuk memberi perlindungan terhadap nyeri angin dan mendukung pemulihan nyeri. Jika obat gagal mengendalikan serangan angina seseorang, PTCA atau bedah arteri koroner mungkin perlu dilakukan (Rosdahl & Kowalski, 2017).

Sedangkan menurut (Ns. Reny Yuli Aspiani, 2016) penatalaksanaan medis yang dapat dilakukan pada pasien dengan angina pectoris, yaitu

1. Terapi farmakologi

1) Nitrat dan nitrit

Merupakan vasodilator endothelium yang sangat bermanfaat untuk mengurangi gejala angina pectoris dan juga memiliki efek antitrombotik dan antiplatelet. Obat yang tergolong golongan ini, yaitu isosorbit dinitrat (sorbitrat) diberikan dengan jumlah dosis 10 – 20 mg tiap 2 – 4 jam, nitrat transdermal diserap melalui kulit dan dapat digunakan sebagai pasta yang dioleskan pada dinding dada, dan preheksilin maleat diberikan dosis sebesar 100 mg per oral tiap 12 jam, kemudian ditingkatkan hingga 200 mg setiap 12 jam.

2) Nitrogliserin

Bahan vasoaktif yang berfungsi melebarkan pembuluh darah sehingga memengaruhi sirkulasi perifer dan juga menurunkan konsumsi oksigen jantung yang akan mengurangi iskemia nyeri angina. Obat ini biasanya diletakkan di bawah lidah (sublingual) atau di pipi (kantong bukal) dan akan menghilangkan iskemia dalam 3 menit. Nitrogliserin juga tersedia dalam bentuk topical (Lnilin – petrolatum) yang dioleskan dikulit sebagai perlindungan terhadap nyeri angina dan mengurangi nyeri.

3) Penyekat beta adrenergic

Digunakan untuk menurunkan kebutuhan oksigen miokard dengan menurunkan frekuensi denyut jantung, kontraktilitas, tekanan di arteri dan peregangan pada dinding ventrikel kiri. Obat yang digunakan, antara lain atenolol, metoprolol, propanolol, nadolol.

4) Antagonis kalsium

Obat ini meningkatkan suplai oksigen jantung dengan cara melebarkan dinding otot polos arteriol koroner dan mengurangi kebutuhan jantung dengan menurunkan tekanan arteri sistemik dan demikian juga beban kerja ventrikel kiri. Tiga jenis antagonis kalsium yang sering digunakan adalah nifedipin (prokardia), verapamil (isoptil, calan), dan diltiazem (cardiazem).

5) Antitrombin

Heparin adalah glikosaminoglikan yang terdiri dari berbagai polisakarida yang berbeda panjangnya dengan aktivitas antikoagulan yang berbeda – beda. Hirudin dapat menurunkan angka kematian infark miokard.

2. Terapi invasive

1) *Percutaneous transluminal coronary angioplasty* (PTCA)

Merupakan upaya memperbaiki sirkulasi koroner dengan cara memecahkan plak atau ateroma dengan cara memasukan kateter dengan ujung berbentuk balon.

2) *Coronary artery bypass graft* (CABG)

2.2 Konsep asuhan keperawatan

2.2.1 Pengkajian

Menurut (Doenges, Moorhouse, & Geissler, 2012) menunjukan bahwa pengkajian pada pasien dengan angina pectoris, yaitu:

1. Aktivitas/istirahat

Tanda dan gejala:

- 1) Pola hidup monoton, kelemahan
- 2) Kelelahan, perasaan tidak berdaya setelah latihan
- 3) Nyeri dada bila bekerja
- 4) Menjadi terbangun bila nyeri dada
- 5) Dispnea saat kerja.

2. Sirkulasi

Tanda dan gejala:

- 1) Riwayat penyakit jantung, hipertensi, obesitas
- 2) Takikardi, disritmia
- 3) Tekanan darah normal, meningkat atau menurun
- 4) Bunyi jantung: mungkin normal, S4 lambat atau murmur sistolik transien lambat (disfungsi otot papilaris)vmungkin ada saat nyeri
- 5) Kulit/membrane mukosa lembab, dingin, pucat pada adanya vasokonstriksi.

3. Makanan/cairan

Tanda dan gejala:

- 1) Mual, nyeri ulu hati/epigastrium saat makan
- 2) Diet tinggi kolesterol/lemak, garam kafein, minuman keras

3) Sesak, distensi gaster

4. Integritas ego

Tanda dan gejala:

1) Stressor kerja, keluarga, lain – lain

2) Ketakutan, mudah marah

5. Nyeri/ketidaknyamanan

Tanda dan gejala:

1) Nyeri dada substernal, anterior yang menyebar ke rahang, leher, bahu dan ekstremitas atas (lebih pada kiri dari pada kanan)

2) Kualitas: macam: ringan sampai sedang, tekanan berat, tertekan, terjepit, terbakar

3) Durasi: biasanya kurang dari 15 menit, kadang – kadang lebih dari 30 menit (rata – rata 3 menit)

4) Faktor pencetus: nyeri sehubungan dengan kerja fisik atau emosi besar, seperti marah atau hasrat seksual, olahraga pada suhu ekstrem, atau mungkin tak dapat diperkirakan dan/atau terjadi selama istirahat.

5) Faktor penghilang: nyeri mungkin responsive terhadap mekanisme penghilang tertentu (contoh: istirahat, obat antiangina)

6) Nyeri dada baru atau terus – menerus yang telah berubah frekuensi, durasi, karakter atau dapat diperkirakan (contoh: tidak stabil, bervariasi, Prinzmetal)

7) Wajah berkeruh, meletakkan pergelangan tangan pada midsternum, memijit tangan kiri, tegangan otot, gelisah

8) Respon otomatis (contoh: takikardi, perubahan TD)

6. Pernapasan

Tanda dan gejala:

1) Dispnea saat kerja

2) Batuk dengan atau tanpa produksi sputum

3) Riwayat merokok

- 4) Meningkat pada frekuensi/irama dan gangguan kedalaman
- 5) Pucat/cianosis
- 7. Hygiene
Tanda dan gejala: Kesulitan melakukan tugas perawatan
- 8. Neurosensori
Tanda dan gejala:
 - 1) Pusing, berdenyut saat tidur atau saat terbangun (duduk atau istirahat)
 - 2) Perubahan mental, kelemahan
- 9. Penyuluhan/pembelajaran
Gejala:
 - 1) Riwayat keluarga sakit jantung, hipertensi, stroke, diabetes
 - 2) Penggunaan/kesalahan penggunaan obat jantung, hipertensi atau obat yang dijual bebas
 - 3) Penggunaan alcohol teratur, obat narkotik (contoh: kokain, amfetamin)
 - 4) Rencana pemulangan: perubahan pada penggunaan/terapi obat, bantuan/pemeliharaan tugas dengan perawat di rumah, perubahan pada susunan fisik rumah.

2.2.2 Diagnosa

Menurut (Doenges, Moorhouse, & Geissler, 2012) Diagnosa keperawatan yang sering muncul pada pasien dengan angina pectoris, yaitu:

- 1. Nyeri akut yang berhubungan dengan agen cedera biologis.
- 2. Penurunan curah jantung yang berhubungan dengan perubahan frekuensi/irama jantung dan konduksi elektrik.
- 3. Ansietas yang berhubungan dengan ancaman terhadap perubahan status kesehatan saat ini.
- 4. Kurang pengetahuan yang berhubungan dengan kurang informasi tentang penyakit jantung

2.2.3 Intervensi

Berdasarkan diagnosa yang telah ditetapkan, maka intervensi yang akan dilakukan: (Moprhead, Johnson, Maas, & Swanson, 2016) dan (Bulechek, Butcher, Dochterman, & Wagner, 2016), yaitu:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis

NOC:

-Kepuasan klien: manajemen nyeri (Kode 1843)

-Kontrol nyeri (Kode 1605)

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x30 menit diharapkan nyeri dapat teratasi dengan kriteria hasil:

-184302 tanda dan gejala nyeri

-184303 strategi untuk mengontrol nyeri

-184320 pembatasan aktivitas

-184323 teknik relaksasi yang efektif

-160511 melaporkan nyeri yang terkontrol

NIC: Manajemen nyeri (Kode 1400)

1) Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas atau beratnya nyeri, dan faktor pencetus.

2) Observasi adanya petunjuk nonverbal mengenai ketidaknyamanan.

3) Kendalikan faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon pasien terhadap ketidaknyamanan.

4) Ajarkan penggunaan teknik non farmakologis (seperti, relaksasi, tarik nafas dalam, terapi musik).

5) Anjurkan pasien untuk istirahat/tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri.

6) Kolaborasi pemberian analgesik untuk menurunkan nyeri.

7) Informasikan kepada anggota keluarga mengenai strategi non farmakologi yang sedang digunakan untuk mendorong keluarga dapat terlibat dalam perawatan pasien.

2. Penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan frekuensi/irama jantung dan konduksi elektrik.

NOC: Keefektifan pompa jantung (Kode 0400)

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam diharapkan tidak ada penurunan curah jantung, dengan kriteria hasil:

- 040001 Tekanan darah systole
- 040019 Tekanan darah diastole
- 040022 Keseimbangan intake dan output dalam 24 jam
- 040011 Suara jantung abnormal
- 040012 Angina
- 040013 Edema perifer
- 040137 Saturasi oksigen
- 040151 *Capillary refill*
- 040113 Suara napas tambahan

NIC:

- Perawatan jantung (Kode 4040)
- Manajemen syok: jantung (Kode 4254)
- 1) Instruksikan pasien tentang pentingnya untuk segera melaporkan bila merasakan nyeri.
- 2) Evaluasi episode nyeri dada (intensitas, lokasi, radiasi, durasi dan faktor yang memicu serta meringankan nyeri dada).
- 3) Monitor EKG, adakah perubahan segmen ST, sebagaimana mestinya.
- 4) Lakukan penilaian komprehensif pada sirkulasi perifer (misalnya, cek nadi perifer, edema, pengisian ulang kapiler, warna dan suhu ekstremitas) secara rutin .
- 5) Monitor tanda – tanda vital secara rutin.
- 6) Auskultasi suara napas terhadap bunyi *crackles* atau suara tambahan lainnya.
- 7) Berikan oksigen sesuai kebutuhan.

- 8) Monitor disritmia jantung, termasuk gangguan ritme dan konduksi jantung.
 - 9) Catat tanda dan gejala penurunan curah jantung.
 - 10) Monitor status pernapasan terkait dengan gejala gagal jantung.
 - 11) Monitor keseimbangan cairan (masukan dan keluaran serta berat badan harian).
 - 12) Monitor nilai laboratorium yang tepat (enzim jantung dan nilai elektrolit).
 - 13) Evaluasi perubahan tekanan darah.
 - 14) Susun waktu latihan dan istirahat untuk mencegah kelelahan.
 - 15) Monitor sesak napas, kelelahan, takipnea dan orthopnea.
 - 16) Tingkatkan perfusi jaringan yang adekuat (dengan resusitasi cairan dan/atau vasopresor untuk mempertahankan, tekanan rata – rata arteri (MAP) \geq 60 mmHg), sesuai kebutuhan
3. Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap perubahan status kesehatan saat ini
- NOC:
- Tingkat kecemasan (Kode 1211)
 - Tingkat kecemasan sosial (Kode 1216)
- Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pasien tidak mengalami cemas, dengan criteria hasil:
- 121105 Perasaan gelisah
 - 121106 Otot tegang
 - 121116 Rasa takut yang disampaikan secara lisan
 - 121117 Rasa cemas yang disampaikan secara lisan
 - 121119 Peningkatan tekanan darah
 - 121120 Peningkatan frekuensi nadi
 - 121121 Peningkatan frekuensi pernapasan
 - 121124 Pusing
 - 121129 Gangguan tidur

NIC:

-Pengurangan kecemasan (Kode 5820)

-Teknik menenangkan (Kode 5880)

-Monitor tanda – tanda vital (Kode 6680)

-Peningkatan keamanan (Kode 5380)

- 1) Kaji untuk tanda verbal dan non verbal kecemasan.
- 2) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan.
- 3) Pertahankan sikap yang tenang dan hati – hati.
- 4) Pertahankan kontak mata.
- 5) Yakinkan keselamatan dan kenyamanan klien.
- 6) Duduk dan bicara dengan klien.
- 7) Instruksikan klien untuk menggunakan metode mengurangi kecemasan (misalnya: teknik bernapas dalam, distraksi, meditasi, relaksasi otot, mendengar music lembut).
- 8) Berikan informasi terkait diagnosis, perawatan dan prognosis.
- 9) Berada disisi klien untuk meningkatkan rasa aman dan mengurangi ketakutan.
- 10) Dorong keluarga untuk mendampingi klien dengan cara yang tepat.
- 11) Lakukan usapan pada punggung/leher dengan cara yang tepat.
- 12) Berikan obat anti kecemasan jika diperlukan.
- 13) Monitor tanda – tanda vital.

4. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi tentang penyakit jantung

NOC:

-Pengetahuan: manajemen penyakit jantung (Kode 1830)

-Pengetahuan: manajemen gagal jantung (Kode 1835)

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x30 menit diharapkan pasien dapat mengerti tentang penyakit jantung, dengan kriteria hasil:

- 183002 Tanda dan gejala awal penyakit
- 183003 Tanda dan gejala memburuknya penyakit
- 183005 Strategi untuk mengurangi faktor risiko
- 183010 Manfaat mendampingkan diet rendah kolesterol dan rendah lemak
- 183546 Manfaat istirahat yang cukup
- 183547 Manfaat olahraga teratur

NIC:

- Pengajaran: proses penyakit (Kode 5602)
- Manajemen risiko jantung (Kode 4050)
 - 1) Kaji tingkat pengetahuan pasien terkait dengan proses penyakit yang spesifik.
 - 2) Skrining pasien mengenai kebiasaan yang berisiko yang berhubungan dengan kejadian yang tidak diharapkan pada jantung (misalnya: merokok, obesitas, gaya hidup yang sering duduk, tensi yang tinggi, riwayat serangan jantung, riwayat keluarga).
 - 3) Jelaskan patofisiologi penyakit dan bagaimana hubungannya dengan anfis, sesuai kebutuhan.
 - 4) Kenali kondisi pasien mengenai kondisinya.
 - 5) Jelaskan tanda dan gejala umum dari penyakit yang dialami pasien.
 - 6) Edukasi pasien mengenai tindakan untuk mengontrol atau meminimalkan gejala, sesuai kebutuhan.
 - 7) Edukasi pasien mengenai tanda dan gejala yang harus dilaporkan kepada petugas kesehatan, sesuai kebutuhan.
 - 8) Instruksikan pasien untuk melakukan olahraga yang progresif secara teratur, sebagaimana mestinya.

BAB III

HASIL DAN PEMBAHASAN

3.1 Hasil studi kasus

Kasus ini diambil di ruangan ICCU RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang. Pengkajian dilakukan pada tanggal 27 Mei 2019 pada pasien Ny. B. S umur 40 tahun, agama Kristen protestan, pekerjaan ibu rumah tangga, alamat Namosain. Ny. B. S dibawa ke RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang dengan keluhan nyeri dada sebelah kiri pada tanggal 26 Mei 2019. No.Register 343477 dengan diagnosa medik Angina Pektoris.

3.1.1 Pengkajian

Hal – hal yang akan dikaji dengan cara wawancara adalah identitas pasien, keluhan utama saat ini, riwayat kesehatan saat ini, riwayat kesehatan masa lalu, riwayat kesehatan keluarga, dan pola – pola kesehatan pasien.

1. Identitas pasien

Pengkajian pasien dilakukan pada tanggal 27 Mei 2019 pukul 08.00 wita, dengan data yang didapatkan, alasan masuk rumah sakit adalah pasien masuk RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang diantar oleh ponakannya, dengan keluhan nyeri dada sebelah kiri menjalar ke punggung belakang. Saat dikaji tanggal 27 Mei 2019 pasien mengatakan bahwa ia merasa nyeri dada sebelah kiri menjalar ke punggung, pengkajian nyeri PQRST didapatkan data: P: Nyeri muncul saat pasien miring kiri/kanan dan pada saat istirahat, Q: nyerinya menjalar hingga ke punggung belakang, R: dibagian dada kiri menjalar ke punggung belakang, S: skala 4, nyeri sedang, dan T: nyerinya terasa terus – menerus. Merasa pusing, lelah, jika bergerak akan merasa sesak disertai batuk non produktif. Posisi tidur semi fowler dengan terapi O2 nasal canul 4 liter permenit, ADL (makan/minum, toileting, personal hygiene) dibantu oleh perawat dan keluarga, pasien tampak pucat. Pasien dibawa ke UGD RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang dengan

keluhan nyeri dada. Nyeri dirasakan pada saat pasien sedang mencuci pakaian, kemudian oleh ponakannya, pasien diantar ke rumah sakit. Saat di ruang UGD, pasien diberi tindakan pertama, kemudian pasien dipindahkan ke ruang ICCU. Keluarga mengatakan bahwa pasien memiliki riwayat penyakit jantung, pasien rutin mengkonsumsi obat akan tetapi sudah dua bulan pasien tidak pernah kontrol ke rumah sakit.

Pengkajian primer didapatkan *Airways* (jalan napas) bebas tidak ada sumbatan atau benda asing. *Breathing* (pernapasan), pasien mengatakan bahwa ia akan merasa sesak napas jika ia bergerak, seperti miring kiri atau kanan, dengan frekuensi pernapasan 20 kali permenit, irama teratur, ada reflex batuk, non produktif. Pada pengkajian *Circulation* (sirkulasi perifer) dengan frekuensi nadi 63 kali permenit, irama teratur, denyut kuat, tekanan darah 100/60 mmHg, ekstremitas hangat, warna kulit pucat, saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan bahwa ia merasa nyeri dada sebelah kiri menjalar ke punggung, *capillary refill* kurang dari 3 detik, tidak terdapat edema.

Pada saat pengkajian *fluid* (cairan dan elektrolit) didapatkan data yaitu turgor kulit kurang dari 3 detik, mukosa mulut lembab, kebutuhan nutrisi oral: pasien menghabiskan porsi makan yang disediakan oleh rumah sakit dan minum air 500 cc per tujuh jam, parenteral: Nacl 0,9% 500 cc/24 jam, 7 tpm. Pengkajian eliminasi didapatkan data, pasien mengatakan BAK biasanya >5 kali, saat dikaji pasien baru BAK 1 kali sejak masuk rumah sakit, jumlahnya banyak, warna kuning pekat, tidak ada rasa sakit saat BAK. Pasien mengatakan BAB biasanya 1 – 2 kali sehari, saat dikaji pasien belum BAB sejak masuk rumah sakit, BAB terakhir tanggal 26 Mei 2019 jam 17.00 wita, dengan bising usus 22 kali per menit.

Pengkajian *Disability* (tingkat kesadaran) didapatkan data, tingkat kesadaran pasien *composmentis* (sadar penuh), dengan

GCS: E4M6V5, jumlah 15. Pengkajian sekunder didapatkan data kekuatan otot 5, 5, 5, 5.

Hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 26 Mei 2019, didapatkan hasil darah rutin: Hb 10.8 gr/dL, Ht 33.8%, MCV 73.8 fl, MCH 23.6 pg, Lekosit $10.43 \times 10^3/\text{ul}$, Limfosit $3.75 \times 10^3/\text{ul}$, Monosit $0.79 \times 10^3/\text{ul}$, serologi: Troponin I < 0.10 ug/L, kimia darah: Glukosa sewaktu 102 mg/dL, Kreatinin darah 0.58 mg/dL, elektrolit: Natrium darah 140 mmol/L, Kalium darah 3.8 mmol/L, dan pemeriksaan EKG didapatkan hasil Lead II III avF gelombang T inverse (iskemik inferior).

Pasien mendapat terapi yaitu ranitidine 2x50 mg/iv, furosemide 1x20 mg/iv, simvastatin 1x10 mg/oral, aspilet 1x80 mg/oral, dan ramipril 1x2.5 mg/oral.

3.1.2 Diagnosa

Diagnosa keperawatan ditegakkan berdasarkan data – data yang dikaji, dimulai dengan menemukan penyebab, kemudian menetapkan masalah dan data pendukung. Masalah yang ditemukan adalah:

1. Nyeri akut yang berhubungan dengan agen cedera biologis (iskemik miokard), yang ditandai dengan pasien mengatakan bahwa ia merasa nyeri di dada kiri menjalar ke punggung belakang, pada pengkajian nyeri PQRST didapatkan data: P: nyeri muncul saat pasien miring kiri/kanan dan pada saat istirahat, Q: nyerinya menjalar hingga ke punggung belakang, R: dibagian dada kiri menjalar ke punggung belakang, S: skala 4, nyeri sedang, dan T: nyerinya terasa terus – menerus. Pasien terlihat meringis, Nadi: 63 x/menit, RR: 20 x/menit, pemeriksaan serologi: troponin I < 0,10 ug/L, dan pemeriksaan EKG: didapatkan hasil Lead II III avF gelombang T inversi (iskemik inferior).
4. Itoleransi aktivitas yang berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, yang ditandai dengan pasien

mengatakan bahwa ia merasa lelah, Pasien tampak lemah, Pasien disarankan untuk bedrest, ADL (makan/minum, toileting, personal hygiene) dibantu oleh perawat dan keluarga, dan EKG: didapatkan hasil Lead II III avF gelombang T inversi (iskemik inferior).

3.1.3 Intervensi

Nyeri akut yang berhubungan dengan agen cedera biologis (iskemik), dipilih menjadi diagnose prioritas karena dapat mengancam jiwa atau kesehatan, maka tujuan untuk diagnosa pertama berdasarkan NOC adalah yang pertama Kepuasan klien: manajemen nyeri dan yang kedua Kontrol nyeri. Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x30 menit diharapkan nyeri dapat teratasi dengan kriteria hasil: 184302 tanda dan gejala nyeri, 184303 strategi untuk mengontrol nyeri, 184320 pembatasan aktivitas, 184322 teknik posisi yang efektif, 184323 teknik relaksasi yang efektif, 184325 distraksi yang efektif, dan 160511 melaporkan nyeri yang terkontrol.

Dengan perencanaan yang dibuat berdasarkan NIC yaitu Manajemen nyeri, dengan intervensi Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas atau beratnya nyeri, dan faktor pencetus; Observasi adanya petunjuk nonverbal mengenai ketidaknyamanan; Kendalikan faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon pasien terhadap ketidaknyamanan; Ajarkan penggunaan teknik non farmakologis (seperti, relaksasi, tarik nafas dalam, terapi musik); Anjurkan pasien untuk istirahat/tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri, penatalaksanaan pemberian analgesik untuk menurunkan nyeri; dan Informasikan kepada anggota keluarga mengenai strategi non farmakologi yang sedang digunakan untuk mendorong keluarga dapat terlibat dalam perawatan pasien.

Intoleransi aktivitas yang berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, dipilih menjadi diagnosa yang

kedua, dengan tujuan berdasarkan NOC adalah Toleransi terhadap aktivitas, Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x30 menit pasien dapat toleransi terhadap aktivitas, dengan kriteria hasil: 000501 saturasi oksigen ketika beraktivitas normal 95 – 100%, 000502 frekuensi nadi ketika beraktivitas normal 60 – 100 kali permenit, 000503 frekuensi pernapasan ketika beraktivitas 12 – 20 kali per menit, 000508 kemudahan bernapas ketika beraktivitas dan 000506 Temuan/hasil EKG normal.

Dengan perencanaan yang dibuat berdasarkan NIC yaitu Manajemen energy, dengan intervensi Kaji status fisiologis pasien yang menyebabkan kelelahan; Monitor lokasi dan sumber ketidaknyamanan/nyeri yang dialami pasien selama aktivitas; Batasi stimuli lingkungan yang mengganggu (misalnya, cahaya atau bising) untuk memfasilitasi relaksasi; Tingkatkan tirah baring/pembatasan kegiatan (misalnya, meningkatkan jumlah waktu istirahat pasien); Bantu pasien dalam aktivitas sehari – hari yang teratur sesuai kebutuhan pasien; dan Monitor respon oksigen pasien (misalnya, tekanan nadi, tekanan darah, respirasi).

3.1.4 Implementasi

Implementasi dilakukan setelah perencanaan dirancang dengan baik. Tindakan keperawatan mulai dilakukan tanggal 27 Mei 2019 sampai 29 Mei 2019. Pada hari pertama (Senin, 27 Mei 2019 pukul 08.00) dilakukan implementasi pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (iskemik miokard) yaitu, melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas atau beratnya nyeri, dan faktor pencetus; pada jam 08.03 wita mengobservasi adanya ketidaknyamanan (ekspresi dan gerak – gerik); pada jam 08.20 mengajarkan teknik non farmakologis, tarik napas dalam; dan pada jam 08.30 mengatur

lingkungan yang nyaman dengan menutup tirai ketika pasien tidur dan membatasi pengunjung.

Sedangkan pada diagnosa Intoleransi aktivitas yang berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen yaitu pada jam 08.05 wita mengkaji penyebab yang membuat pasien merasa kelelahan; pada jam 08.08 wita menganjurkan pasien untuk tirah baring/pembatasan kegiatan seperti meningkatkan jumlah waktu istirahat pasien; pada jam 12.00 wita membantu pasien untuk makan dan minum ; dan pada jam 12.10 wita memonitor status pernapasan pasien.

Pada hari kedua (Selasa, 28 Mei 2019 pukul 06.00 wita) dilakukan implementasi pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (iskemik) yaitu, melaksanakan pemberian obat aspilet 1x80 mg/oral; pada jam 09.00 wita mengkaji skala nyeri; pada jam 09.05 wita mengobservasi adanya ketidaknyamanan (ekspresi dan gerak – gerak); dan pada jam 09.10 wita menyarankan untuk melakukan teknik tarik napas dalam pada saat pasien merasa nyeri.

Pada implementasi diagnosa Intoleransi aktivitas yang berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen yaitu, pada jam 09.10 wita menganjurkan pasien untuk banyak beristirahat; pada jam 09.20 wita membantu pasien untuk BAK di toilet; dan pada jam 09.43 wita memonitor status pernapasan pasien.

Pada hari ketiga (Rabu, 29 Mei 2019 pukul 06.00 wita) dilakukan implementasi untuk diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (iskemik) yaitu, mengkaji skala nyeri; pada jam 06.05 wita melaksanakan pemberian obat aspilet 1x80 mg/oral; dan pada jam 06.15 wita menganjurkan pasien untuk tetap melakukan napas dalam pada saat nyeri.

Pada diagnosa Intoleransi aktivitas yang berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, yaitu pada jam

10.30 wita mengobservasi TTV (Hasil: TD: 100/70 mmHg, N: 80 x/menit, S: 36,5°C, RR: 20 x/menit).

3.1.5 Evaluasi

Tahap evaluasi merupakan tahap akhir dari proses asuhan keperawatan yang digunakan untuk menilai keberhasilan asuhan keperawatan atas tindakan yang diberikan pada jam 14.00 wita, mahasiswa melakukan evaluasi pada setiap tindakan berdasarkan diagnosa yang telah ditetapkan dengan menggunakan metode SOAP.

Evaluasi hari pertama (Senin, 27 Mei 2019 pukul 14.00)

1. Diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (iskemik). *Subjektif*: pasien mengatakan bahwa ia masih merasa nyeri, skala nyeri 4, nyeri sedang, *Objektif*: Pasien tampak meringis, TD: 110/70 mmHg, N: 63 x/menit, RR: 20 x/menit, *Assesment*: masalah belum teratasi, *Planning*: Intervensi no 1, 2, 4, 6 dilanjutkan, Advis dokter pasien boleh pindah ruangan perawatan biasa.
2. Diagnosa Intoleransi aktivitas yang berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. *Subjektif*: Pasien mengatakan bahwa ia merasa lelah, *Objektif*: Pasien terlihat lemah, ADL dibantu oleh perawat dan keluarga, RR: 20 x/menit, Terpasang O2 nassal canul 4 lpm, Pasien disarankan untuk bedrest, EKG: Gelombang T terbalik (inversi) di lead II, III, avF. *Assessment*: masalah teratasi sebagian, *Planning*: intervensi no 5,6,7,8 dilanjutkan.

Evaluasi hari kedua (Selasa, 28 Mei 2019 pukul 14.10)

1. Diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (iskemik). *Subjektif*: pasien mengatakan bahwa nyeri berkurang, skala nyeri 2, nyeri ringan, *Objektif*: TD: 120/70 mmHg, N: 83 x/menit, *Assesment*: masalah teratasi sebagian, *Planning*: intervensi no 1, 4, 6 dilanjutkan.

2. Diagnosa Intoleransi aktivitas yang berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. *Subjektif*: pasien mengatakan bahwa ia tidak lelah, *Objektif*: Pasien mulai melakukan aktivitas secara bertahap, Sebagian ADL (toileting dan personal hygiene) dibantu oleh perawat dan keluarga, RR: 24 x/menit, EKG: pada gelombang T tidak ditemukan inverse, *Assesment*: masalah teratasi sebagian, *Planning*: intervensi no 7 dan 8 dilanjutkan.

Evaluasi hari ketiga (Rabu, 29 Mei 2019 pukul 13.05)

1. Diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (iskemik). *Subjektif*: pasien mengatakan bahwa nyeri berkurang, skala 1 nyeri ringan, *Objektif*: TD: 110/70 mmHg, N: 82 x/menit, RR: 18 x/menit, *Assesment*: masalah teratasi, *Planning*: Intervensi no 4 dilanjutkan dirumah, Advise dokter pasien boleh pulang.
2. Diagnosa Intoleransi aktivitas yang berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. *Subjektif*: pasien mengatakan bahwa ia tidak lelah, *Objektif*: Pasien mulai beraktivitas secara bertahap (makan/minum, toileting dan personal hygiene) dapat dilakukan dengan mandiri, RR: 18 x/menit, *Assesment*: masalah teratasi, *Planning*: intervensi no 5 dilanjutkan di rumah.

3.2 Pembahasan

3.2.1 Pengkajian

Pada kasus nyata Ny. B. S berusia 40 tahun mengatakan nyeri dada sebelah kiri menjalar ke punggung belakang, merasa lelah, disertai batuk. Posisi tidur semi fowler dengan terapi oksigen nasal canul 4 lpm, ADL (makan/minum, toileting, personal hygiene) dibantu oleh perawat dan keluarga, pasien nampak pucat. Hasil pemeriksaan laboratorium, didapatkan hasil serologi: Troponin I < 0.10 ug/L dan pemeriksaan EKG didapatkan hasil Lead II III avF gelombang T inversi (iskemik

inferior). Pasien juga mendapat terapi yaitu ranitidine 2x50 mg/iv, furosemide 1x20 mg/iv, simvastatin 1x10 mg/oral, aspilet 1x80 mg/oral, dan ramipril 1x2.5 mg/oral.

Menurut (Rosdahl & Kowalski, 2017) menjelaskan bahwa gejala dari angina pectoris yaitu nyeri biasanya lebih hebat di atas dada menyebar ke bahu, lengan, leher, rahang, dan punggung. Klien sering mendiskripsikan sensasi sebagai pengencangan, seperti terjepit atau tercekik. Klien lebih sering merasakan nyeri pada lengan kiri, karena merupakan arah percabangan aorta. Klien tampak pucat, merasa seperti pingsan, dan dispnea. Nyeri merupakan tanda peringatan bahwa jantung tidak mendapatkan cukup darah dan oksigen.

Berdasarkan teori di atas dan data hasil pengkajian pada kasus nyata didapatkan tidak ada kesenjangan, dikarenakan berdasarkan data yang didapat pada pasien mengeluh nyeri dada sebelah kiri menjalar ke punggung, merasa lelah, dan pasien tampak pucat.

3.2.2 Diagnosa

Berdasarkan hasil analisa data didapatkan ada dua diagnosa keperawatan yang muncul yang diangkat berdasarkan diagnose keperawatan NANDA menurut (Herdman & Kamitsuru, 2017) yaitu, pertama nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (iskemik), dan diagnosa keperawatan kedua intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

Menurut (Doenges, Moorhouse, & Geissler, 2012), diagnosa keperawatan yang muncul pada masalah angina pectoris yaitu, nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik, penurunan curah jantung berhubungan dengan gangguan pada frekuensi/irama dan konduksi elektrik, ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap atau perubahan status kesehatan (penyakit) yang dapat menimbulkan perubahan lanjut, ketidakmampuan, bahkan kematian, dan kurang

pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi tentang penyakit jantung.

Berdasarkan teori di atas dan data hasil pengkajian pada kasus nyata didapatkan adanya kesenjangan antara teori dan kasus, dimana teori terdapat empat diagnosa keperawatan, sedangkan pada kasus nyata dua diagnosa, hal ini disebabkan karena pada kasus nyata ditemukan data – data yang sesuai dengan batasan karakteristik dari diagnosa keperawatan nyeri akut dan intoleransi aktivitas. Dan pada teori juga tidak ditemukan diagnosa intoleransi aktivitas, sedangkan pada kasus nyata ditemukan diagnosa intoleransi aktivitas, dikarenakan sesuai dengan keluhan serta batasan karakteristik yang ditemukan pada pasien.

3.2.3 Intervensi

Berdasarkan diagnosa yang telah ditetapkan, maka intervensi yang akan dilakukan menurut (Moprhhead, Johnson, Maas, & Swanson, 2016) dan (Bulechek, Butcher, Dochterman, & Wagner, 2016), yaitu pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (iskemik), intervensi yang direncanakan antara lain Lakukan pengkajian nyeri; Observasi adanya ketidaknyamanan; Kendalikan faktor lingkungan terhadap kenyamanan; Ajarkan teknik tarik nafas dalam; Anjurkan pasien untuk istirahat/tidur yang adekuat; Penatalaksanaan pemberian analgetik; dan Informasikan kepada anggota keluarga terkait dengan perawatan pasien. Pada teori intervensi yang direncanakan ada tujuh intervensi, sedangkan pada kasus nyata, yang dilaksanakan yaitu intervensi 1 sampai 6, sedangkan intervensi ke tujuh tidak dilakukan, dikarenakan kurangnya partisipasi anggota keluarga dalam perawatan pasien.

Diagnosa kedua intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, intervensi yang direncanakan antara lain Kaji penyebab pasien merasa lelah; Monitor lokasi dan sumber ketidaknyamanan/nyeri yang dialami pasien

selama aktivitas; Batasi stimuli lingkungan yang mengganggu; Anjurkan pasien untuk banyak beristirahat; Bantu pasien dalam melakukan aktivitas sehari – hari; dan Monitor respon oksigen. Pada teori intervensi yang direncanakan ada enam intervensi, sedangkan pada kasus nyata ada empat intervensi yang dilakukan, sedangkan intervensi nomor 2 dan 3 dilaksanakan, oleh karena intervensi tersebut sudah ada pada diagnosa pertama, sehingga tidak dilakukan lagi pada diagnose kedua.

3.2.4 Implementasi

Implementasi dilakukan setelah perencanaan dirancang dengan baik. Tindakan keperawatan dilakukan tanggal 27 Mei 2019 sampai 29 Mei 2019.

Diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (iskemik), dari ketujuh intervensi yang dilaksanakan hanya 6 intervensi, yaitu Melakukan pengkajian nyeri; Mengobservasi adanya petunjuk nonverbal mengenai ketidaknyamanan; Mengatur lingkungan yang nyaman; Mengajarkan teknik tarik nafas dalam; Menganjurkan pasien untuk beristirahat/tidur; Melaksanakan pemberian analgesik untuk menurunkan nyeri. Dikarenakan pada intervensi yang ketujuh yaitu menginformasikan kepada anggota keluarga mengenai strategi teknik nafas dalam yang sedang digunakan untuk mendorong keluarga dapat terlibat dalam perawatan pasien, tidak dilaksanakan karena kurangnya partisipasi anggota keluarga dalam perawatan pasien.

Diagnosa kedua intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, ada 4 intervensi yang dilakukan, yaitu Mengkaji penyebab yang membuat pasien merasa lelah; Menganjurkan pasien untuk banyak beristirahat; Membantu pasien dalam melakukan aktivitas sehari – hari; dan Memonitor respon oksigen pasien (misalnya, tekanan nadi, tekanan darah, respirasi). Dan ada 2 intervensi yang tidak dilakukan, yaitu

monitor lokasi dan sumber ketidaknyamanan/nyeri yang dialami oleh pasien dan batasi stimuli lingkungan yang mengganggu, dikarenakan intervensi tersebut sudah dilakukan pada diagnosa pertama, sehingga tidak dilakukan lagi pada diagnosa kedua.

3.2.5 Evaluasi

Hasil studi kasus yang dilakukan pada Ny. B.S di ruangan ICCU RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang, yaitu diagnosa pertama nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (iskemik), sudah teratasi. Alasannya karena tujuan dari kriteria hasil sudah tercapai, yaitu pasien mengatakan bahwa nyeri berkurang, pasien dapat mengontrol nyeri dengan teknik nafas dalam, pasien membatasi aktivitas dan mulai melakukan aktivitas secara bertahap.

Diagnosa Diagnosa kedua intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, sudah teratasi. Alasannya karena tujuan dari kriteria hasil, yaitu frekuensi nadi dan respirasi ketika beraktivitas dalam rentang normal yaitu N: 80 x/menit dan RR: 20 x/menit, pasien sudah dapat melakukan ADL (makan/minum, toileting, dan personal hygiene) dapat dilakukan dengan mandiri, dan temuan hasil EKG: normal, tidak ditemukan inverse pada gelombang T.

3.3 Keterbatasan studi kasus

Pada studi kasus ini, terdapat hal – hal yang membuat terlambatnya penyelesaian laporan, antara lain: waktu yang singkat dalam membuat studi kasus, waktu yang terbuang untuk mencari referensi sebagai acuan dalam teori yang dibutuhkan dalam penelitian kurang lengkap.

BAB IV

PENUTUP

4.1 Kesimpulan

1. Pengkajian pada Ny. B. S didapatkan data pasien mengeluh nyeri dada sebelah kiri menjalar ke punggung, merasa pusing, lelah, jika bergerak akan merasa sesak disertai batuk non produktif. Posisi tidur semi fowler, ADL (makan/minum, toileting, personal hygiene) dibantu oleh perawat dan keluarga, pasien tampak pucat.
2. Diagnosa keperawatan yang didapat yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (iskemik) dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.
3. Intervensi keperawatan pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (iskemik) terdapat tujuh perencanaan keperawatan, yang dilakukan yaitu perencanaan nomor 1 sampai 6. Untuk diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen pada perencanaan terdapat 6 intervensi, yang dilakukan yaitu intervensi nomor 1 sampai 6.
4. Implementasi keperawatan pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (iskemik), intervensi no 7 tidak dilaksanakan oleh karena kurangnya partisipasi keluarga dalam perawatan pasien, sedangkan diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, semua intervensi dilaksanakan.
5. Hasil evaluasi keperawatan didapatkan bahwa kedua masalah telah diatasi, sesuai dengan kriteria hasil yang ditetapkan.

4.2 Saran

1. Bagi lahan/Rumah sakit

Hasil studi kasus ini dapat menjadi bahan masukan dan evaluasi yang diperlukan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan gawat darurat di ruang ICCU.

2. Bagi institusi pendidikan

Diharapkan institusi pendidikan dapat memperbanyak sumber rujukan atau buku gawat darurat yang berkaitan dengan penyakit angina pectoris, agar peneliti selanjutnya dapat memperoleh sumber informasi yang lebih jelas tentang penyakit angina pectoris.

3. Bagi peneliti selanjutnya

Diharapkan bagi peneliti berikutnya dapat meneliti tentang Asuhan keperawatan gawat darurat pada pasien dengan angina pectoris, khususnya tentang klasifikasi dari angina pectoris.

DAFTAR PUSTAKA

- Bulechek, M. G., Butcher, K. H., Dochterman, M. J., & Wagner, M. C.** (2016). *Nursing Interventions Classification (NIC)*, Edisi Keenam. Singapore: Elsevier.
- Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., & Geissler, A. C.** (2012). *Rencana Asuhan Keperawatan, Pedoman Untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*, Edisi 3. Jakarta: EGC.
- Herdman, T. H., & Kamitsuru, S.** (2017). *NANDA Internasional Diagnosis Keperawatan: Definisi & Klasifikasi 2015-2017*. Jakarta: EGC.
- Indonesia, K. K.** (2018). *Laporan Nasional Riskesdas*. Jakarta: Lembaga Penerbit Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- Moprhhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E.** (2016). *Nursing Outcomes Classification (NIC)*, Edisi Keenam. Singapore: Elsevier.
- Morton, G. P., D, F., C, H. M., & B, G. M.** (2013). *Keperawatan Kritis, Pendekatan Asuhan Holistik*. Jakarta: EGC.
- Ns. Reny Yuli Aspiani, S.** (2016). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Kardiovaskuler, Aplikasi NIC & NOC*. Jakarta: EGC.
- Rosdahl, B. C., & Kowalski, T. M.** (2017). *Buku Ajar Keperawatan Dasar, Gangguan Kardiovaskuler, Darah & Limfe, Kanker, Gangguan Muskuloskeletal, Alergi, Imun & Gangguan Autoimun, Terapi Oksigen*, Edisi 10. Jakarta: EGC.

LAMPIRAN

Lampiran 1

FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT JURUSAN KEPERAWATAN POLTEKKES KEMENKES KUPANG

1. Identitas klien

Nama : Ny. B.S
Umur : 40 tahun
Agama : Kristen protestan
Pekerjaan : IRT
Alamat : Namosain
No register : 343477
Diagnose medic : Angina pektoris
Tanggal MRS : 26/5/19. Jam 19.00 wita
Tanggal pengkajian : 27/5/19. Jam 08.00 wita

2. Identitas penanggung jawab

Nama : Ny. Y.S
Umur : 26 tahun
Alamat : Namosain
Hubungan dengan klien : Ponakan

3. Riwayat kesehatan

- a. Keluhan utama: pasien mengatakan bahwa ia merasa nyeri dada sebelah kiri menjalar ke punggung

Pengkajian PQRST:

P: nyeri muncul saat pasien miring kiri/kanan dan pada saat istirahat

Q: nyerinya menjalar hingga ke punggung belakang

R: dibagian dada kiri menjalar ke punggung belakang

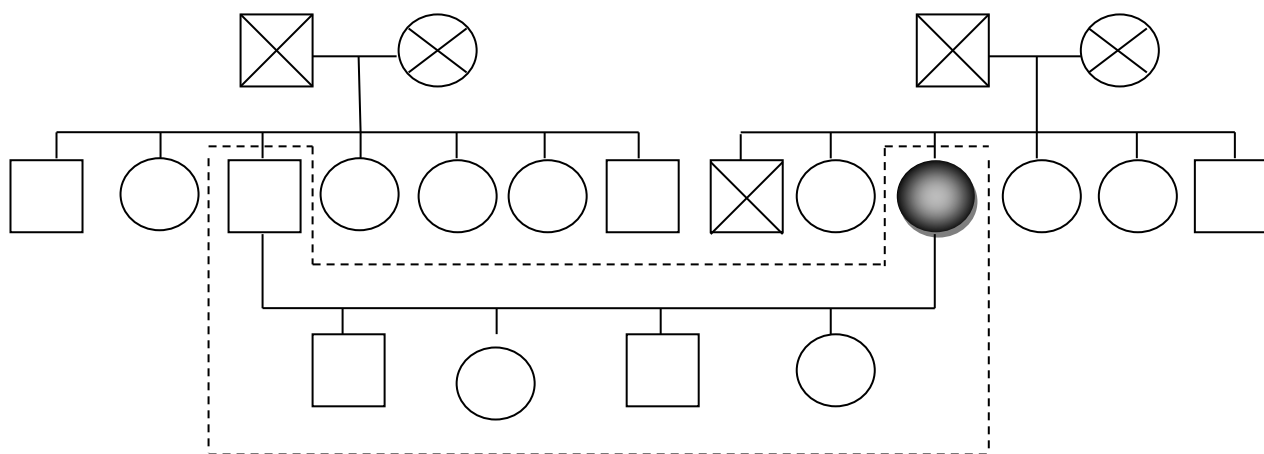
S: skala 4, nyeri sedang

T: nyerinya terasa terus – menerus

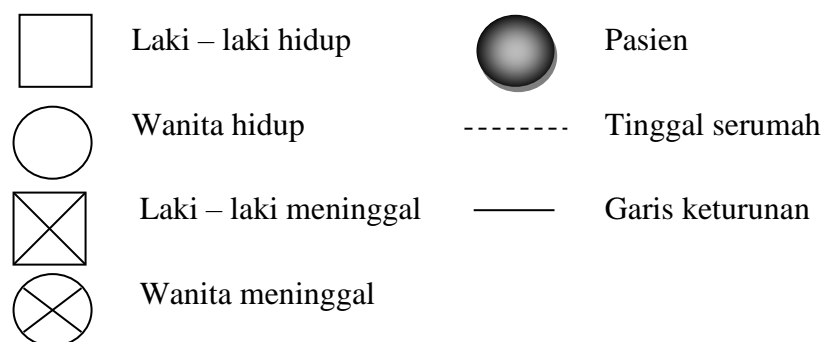
Saat nyeri wajah pasien tampak meringis dan pasien mengatakan bahwa ia lelah

- b. Riwayat penyakit sekarang: pasien mengatakan bahwa ia diantar oleh ponakannya ke IGD RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang dengan keluhan nyeri dada sebelah kiri menjalar ke punggung serta sakit kepala pada saat pasien sedang mencuci pakaian. Setelah mendapat penanganan di IGD, kemudian pasien dipindahkan ke ruang ICCU.
- c. Riwayat penyakit dahulu: pasien mengatakan bahwa ia memiliki riwayat penyakit jantung, pasien rajin minum obat, akan tetapi sudah 2 bulan pasien tidak kontrol, dan jika bekerja terlalu keras sampai pasien lelah, maka pasien akan merasa nyeri dada
- d. Riwayat penyakit keluarga

Genogram:



Keterangan:



Jelaskan: Pasien mengatakan bahwa di dalam keluarganya tidak ada yang menderita sakit seperti pasien.

Tanda – tanda vital:

TD: 100/60 mmHg, Nadi: 63 x/menit

Suhu : 36,5°C , RR: 20 x/menit

4. Pengkajian primer

A. Airways (jalan napas)

Sumbatan:

(-) benda asing

(-) broncospasme

(-) darah

(-) sputum

(-) lendir

(-) lain – lain sebutkan: Tidak ada

B. Breathing (pernafasan)

Sesak dengan:

(√) aktivitas

(-) tanpa aktivitas

(-) menggunakan otot tambahan

Frekuensi: 20 x/menit

Irama:

(√) teratur

(-) tidak

Kedalaman:

(-) dalam

(-) dangkal

Reflek batuk: (√) ada (-) tidak

Batuk:

(-) produktif

(√) non produktif

Sputum: (-) ada (√) tidak

Warna: tidak ada

Konsistensi: tidak ada

Bunyi napas:

(-) ronchi

(-) creakless

BGA: Tidak dilakukan pemeriksaan

C. Circulation

a. Sirkulasi perifer

Nadi: 63 x/menit

Irama: (✓) teratur (-) tidak

Denyut: (-) lemah (✓) kuat (-) tidak kuat

TD: 100/60 mmHg

Ekstremitas:

(✓) hangat (-) dingin

Warna kulit:

(-) cyanosis (✓) pucat (-) kemerahan

Nyeri dada: (✓) ada (-) tidak

Karakteristik nyeri dada:

(-) menetap (✓) menyebar

(-) seperti ditusuk – tusuk

(-) seperti ditimpa benda berat

Capillary refill:

(✓) < 3 detik (-) >3 detik

Edema:

(-) ya (✓) tidak

Lokasi edema:

(-) edema (-) tangan (-) tungkai (-) anasarka

b. Fluid (cairan dan elektrolit)

Cairan

Turgor kulit

(✓) < 3 detik (-) >3 detik

(✓) baik (-) sedang (-) jelek

Mukosa mulut

(✓) lembab (-) kering

Kebutuhan nutrisi

(√) CM (-) apatis (-) somnolen (-) spoor (-) soporocoma (-)
coma

Pupil:

(√) isokor (-) miosis (-) anisiokor (-) midriasis (-) pin poin

Reaksi terhadap cahaya:

Kanan (√) positif (-) negative

Kiri (√) positif (-) negative

GCS: E4M6V5

Jumlah: 15

5. Pengkajian sekunder

Musculoskeletal

- Spasme otot
- Vulnus, kerusakan jaringan
- Krepitasi
- Fraktur
- Dislokasi
- Kekuatan otot

| | |
|---|---|
| 5 | 5 |
| 5 | 5 |

Keterangan:

- Pasien disarankan untuk bedrest
- ADL (makan/minum, toileting, personal hygiene) dibantu oleh perawat dan keluarga

Integument

- Vulnus
- Luka bakar

Psikososial

- Ketegangan meningkat
- Focus pada diri sendiri
- Kurang pengetahuan

Terapi tindakan kolaborasi

Terapi awal tanggal 26/05/2019 di IGD

| Nama terapi | Dosis | Rute pemberian | Waktu pemberian | Indikasi | Efek samping |
|-------------|--------------|----------------|-----------------|---|---|
| Clopidogrel | 4 tab, 75 mg | Oral | | <ul style="list-style-type: none"> - Serangan jantung - Stroke - PJK dan penyakit arteri perifer | <ul style="list-style-type: none"> - Lebam dan perdarahan bawah kulit - Mimisan - Nyeri perut - Konstipasi atau diare - Gangguan pencernaan |
| Ranitidine | 2x50 mg | IV | 18.00 | | |
| Furosemide | 1x20 mg | IV | 18.00 | Untuk meredakan pembengkakan yang disebabkan oleh: <ul style="list-style-type: none"> - Gagal jantung - Penyakit hati dan penyakit ginjal | <ul style="list-style-type: none"> - Pusing, vertigo - Mual dan muntah - Penglihatan buram - Konstipasi atau diare |
| Simvastatin | 1x10 mg | Oral | 22.00 | <ul style="list-style-type: none"> - Penderita yang mengalami kekakuan pembuluh darah yang disebabkan oleh kadar kolesterol yang tinggi - Pasien dengan PJK - Penderita hiperkolesterolemia primer | <ul style="list-style-type: none"> - Nyeri otot dan lemah - Demam, kelelahan dan urine berwarna gelap - Pembengkakan, BAK sedikit atau tidak sama sekali - Mual dan sakit perut bagian atas |
| Aspilet | 1x80 mg | Oral | 22.00 | Penderita angina pectoris dan infark miokard | <ul style="list-style-type: none"> - Perasaan tidak nyaman pada lambung - Perasaan mual dan muntah |
| Ramipril | 1x2.5 mg | Oral | 22.00 | | |

Terapi saat ini 27/05/2019 di Ruang ICCU

| Nama terapi | Dosis | Rute pemberian | Waktu pemberian | Indikasi | Efek samping |
|-------------|----------|----------------|-----------------|---|---|
| Ranitidine | 2x50 mg | IV | 18.00 dan 06.00 | | |
| Furosemide | 1x20 mg | IV | 06.00 | Untuk meredakan pembengkakan yang disebabkan oleh: <ul style="list-style-type: none"> - Gagal jantung - Penyakit hati dan penyakit ginjal | <ul style="list-style-type: none"> - Pusing, vertigo - Mual dan muntah - Penglihatan buram - Konstipasi atau diare |
| Simvastatin | 1x10 mg | Oral | 22.00 | <ul style="list-style-type: none"> - Penderita yang mengalami kekakuan pembuluh darah yang disebabkan oleh kadar kolesterol yang tinggi - Pasien dengan PJK - Penderita hiperkolesterolemia primer | <ul style="list-style-type: none"> - Nyeri otot dan lemah - Demam, kelelahan dan urine berwarna gelap - Pembengkakan, BAK sedikit atau tidak sama sekali - Mual dan sakit perut bagian atas |
| Aspilet | 1x80 mg | Oral | 22.00 | Penderita angina pectoris dan infark miokard | <ul style="list-style-type: none"> - Perasaan tidak nyaman pada lambung - Perasaan mual dan muntah |
| Ramipril | 1x2.5 mg | Oral | 22.00 | | |

Terapi tanggal 28/05/2019 di Ruang Cempaka

| Nama terapi | Dosis | Rute pemberian | Waktu pemberian | Indikasi | Efek samping |
|-------------|-----------|----------------|-----------------|---|---|
| Arixtra | 1x2,5 mg | IV | 01.00 | <ul style="list-style-type: none"> - Terapi angina tak stabil - Pasien STEMI dan NSTEMI - Pasien dengan emboli paru - Pasien yang akan menjalani bedah ortopedik mayor pada tungkai bawah | <ul style="list-style-type: none"> - Mengakibatkan pembengkakan pada tubuh - Tinja akan berwarna agak gelap - Timbul mual muntah - Sakit kepala, sembelit/konstipasi - Anemia dan Perdarahan |
| Captopril | 3x12,5 mg | Oral | 06.00 | Penderita hipertensi dan gagal jantung | <ul style="list-style-type: none"> - Pusing dan sulit tidur - Batuk kering - Takikardi - Sakit dada - Konstipasi atau diare |
| Simvastatin | 1x20 mg | Oral | 23.00 | <ul style="list-style-type: none"> - Penderita yang mengalami kekakuan pembuluh darah yang disebabkan oleh kadar kolesterol yang tinggi - Pasien dengan PJK - Penderita hiperkolesterolemia primer | <ul style="list-style-type: none"> - Nyeri otot dan lemah - Demam, kelelahan dan urine berwarna gelap - Pembengkakan, BAK sedikit atau tidak sama sekali - Mual dan sakit perut bagian atas |
| Aspilet | 1x80 mg | Oral | 06.00 | Penderita angina pectoris dan infark miokard | <ul style="list-style-type: none"> - Perasaan tidak nyaman pada lambung - Perasaan mual dan muntah |
| Clopidogrel | 1x75 mg | Oral | 23.00 | <ul style="list-style-type: none"> - Serangan jantung - Stroke - PJK dan penyakit arteri perifer | <ul style="list-style-type: none"> - Lebam dan perdarahan bawah kulit - Mimisan - Nyeri perut - Konstipasi atau diare - Gangguan pencernaan |

| | | | | | |
|------------|---------|----|-----------------|---|--|
| Furosemide | 1x20 mg | IV | 06.00 | Untuk meredakan pembengkakan yang disebabkan oleh: <ul style="list-style-type: none"> - Gagal jantung - Penyakit hati dan penyakit ginjal | <ul style="list-style-type: none"> - Pusing, vertigo - Mual dan muntah - Penglihatan buram - Konstipasi atau diare |
| Ranitidine | 2x50 mg | IV | 06.00 dan 18.00 | - | - |

Tabel 2. Pemeriksaan penunjang

| Tanggal pemeriksaan | Jenis pemeriksaan | Nilai normal | Hasil | Intepretasi |
|-------------------------|--|--|---|---|
| 26/05/2019 Jam 21.13 | Darah rutin <ul style="list-style-type: none"> - Hb - Ht - MCV - MCH - Lekosit - Limfosit - Monosit | 12.0 – 16.0 37.0 – 47.0 81.0 – 96.0 27.0 – 36.0 4.0 – 10.0 1.00 – 3.70 0.00 – 0.70 | 10.8 g/dL 33.8 % 73.8 fl 23.6 pg 10.43 $10^3/\text{ul}$ 3.75 $10^3/\text{ul}$ 0.79 $10^3/\text{ul}$ | Menurun Menurun Menurun Menurun Meningkat Meningkat Meningkat |
| | Serologi <ul style="list-style-type: none"> - Troponin I | < 0.60 | < 0.10 ug/L | Normal |
| | Kimia darah <ul style="list-style-type: none"> - Glukosa sewaktu - Kreatinin darah | 70 – 150 0.6 – 1.1 | 102 mg/dL 0.58 mg/dL | Normal Menurun |
| | Elektrolit <ul style="list-style-type: none"> - Natrium darah - Kalium darah | 132 – 147 3.5 – 4.5 | 140 mmol/L 3.8 mmol/L | Normal Normal |

| | | | | |
|--|-----|---|--|------------------|
| | EKG | - | Lead II III avF (gelombang T inversi) | Iskemik inferior |
|--|-----|---|--|------------------|

Tabel 3. Analisa data

| Data – data | Etiologi | Masalah |
|--|--|------------------------------|
| <p>DS: pasien mengatakan bahwa ia merasa nyeri di dada kiri menjalar ke punggung belakang</p> <p>Pengkajian nyeri PQRST:</p> <p>P: nyeri muncul saat pasien miring kiri/kanan dan pada saat istirahat</p> <p>Q: nyerinya menjalar hingga ke punggung belakang</p> <p>R: dibagian dada kiri menjalar ke punggung belakang</p> <p>S: skala 4, nyeri sedang</p> <p>T: nyerinya terasa terus – menerus</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat meringis - Nadi: 63 x/menit, RR: 20 x/menit | <p>Agen cedera biologis/ Iskemik</p> | <p>Nyeri akut</p> |
| <p>DS: pasien mengatakan bahwa ia merasa lelah</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lemah - Terpasang O2 nasal canul 4 lpm - Pasien disarankan untuk bedrest - ADL (makan/minum, toileting, personal hygiene) dibantu oleh perawat dan keluarga - EKG: Gelombang T terbalik (inversi) di lead II, III, avF | <p>Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen</p> | <p>Intoleransi aktivitas</p> |

DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Domain 12. Kenyamanan

Kelas 1. Kenyamanan fisik

Kode 00132 Nyeri akut

Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (iskemik)

2. Domain 4. Aktivitas/istirahat

Kelas 4. Respon kardiovaskular/pulmonal

Kode 00092 Intoleransi aktivitas

Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

Tabel 4. Intervensi keperawatan

| Diagnosa | NOC | NIC |
|---|---|---|
| Nyeri akut b/d agen cedera biologis (iskemik) | <p>NOC:</p> <ul style="list-style-type: none">- Kepuasan klien: manajemen nyeri- Kontrol nyeri <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x30 menit diharapkan nyeri dapat teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none">- 184302 tanda dan gejala nyeri- 184303 strategi untuk mengontrol nyeri- 184320 pembatasan aktivitas- 184323 teknik relaksasi yang efektif- 160511 melaporkan nyeri yang terkontrol | <p>NIC: Manajemen nyeri</p> <ol style="list-style-type: none">1. Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas atau beratnya nyeri, dan faktor pencetus2. Observasi adanya petunjuk nonverbal mengenai ketidaknyamanan3. Kendalikan faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon pasien terhadap ketidaknyamanan4. Ajarkan penggunaan teknik non farmakologis (seperti, relaksasi, tarik nafas dalam, terapi musik)5. Anjurkan pasien untuk istirahat/tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri6. Kolaborasi pemberian analgesik untuk menurunkan nyeri7. Informasikan kepada anggota keluarga mengenai strategi non farmakologi yang sedang digunakan untuk |

| | | |
|---|--|--|
| | | mendorong keluarga dapat terlibat dalam perawatan pasien |
| Intoleransi aktivitas b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen | <p>NOC: Toleransi terhadap aktivitas</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x30 menit pasien dapat toleransi terhadap aktivitas, dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 000502 frekuensi nadi ketika beraktivitas - 000503 frekuensi pernapasan ketika beraktivitas - 000508 kemudahan bernapas ketika beraktivitas - 000506 Temuan/hasil EKG | <p>NIC: Manajemen energy</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji status fisiologis pasien yang menyebabkan kelelahan 2. Monitor lokasi dan sumber ketidaknyamanan/nyeri yang dialami pasien selama aktivitas 3. Batasi stimuli lingkungan yang mengganggu (misalnya, cahaya atau bising) untuk memfasilitasi relaksasi 4. Tingkatkan tirah baring/pembatasan kegiatan (misalnya, meningkatkan jumlah waktu istirahat pasien) 5. Bantu pasien dalam aktivitas sehari – hari yang teratur sesuai kebutuhan pasien 6. Monitor respon oksigen pasien (misalnya, tekanan nadi, tekanan darah, respirasi) |

Tabel 5. Implementasi keperawatan

| Diagnosa | Tanggal | Jam | Tindakan | Evaluasi |
|---|------------|-------|--|---|
| Nyeri akut b/d agen cedera biologis (iskemik) | 27/05/2019 | 08.00 | 1. Melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas atau beratnya nyeri, dan faktor pencetus Hasil: P: nyeri muncul saat pasien miring kiri/kanan dan pada saat istirahat Q: nyerinya menjalar hingga ke punggung belakang R: dibagian dada kiri menjalar ke punggung belakang S: skala 4, nyeri sedang T: nyerinya terasa terus – menerus | Jam 14.00 S: pasien mengatakan bahwa ia masih merasa nyeri, skala nyeri 4, nyeri sedang O: - Pasien tampak meringis - TD: 110/70 mmHg, N: 63 x/menit, RR: 20 x/menit A: masalah belum teratasi P: - Intervensi no 1, 2, 4, 6 dilanjutkan - Advis dokter pasien boleh pindah ruangan perawatan biasa |
| | | 08.03 | 2. Mengobservasi adanya ketidaknyamanan (ekspresi dan gerak – gerak) Hasil: raut wajah pasien terlihat meringis dan pasien memegang area yang sakit (dada kiri) | |
| | | 08.20 | 3. Mengajarkan teknik non farmakologis, tarik napas dalam Hasil: pasien dapat mengikuti instruksi perawat dan dapat melakukannya dengan baik dan benar sebanyak 3 kali | |
| | | 08.30 | 4. Mengatur lingkungan yang nyaman Hasil: menutup tirai ketika pasien tidur dan membatasi pengunjung | |

| | | | | |
|---|------------|-------|---|--|
| | | | | |
| Intoleransi aktivitas b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen | 27/05/2019 | 08.05 | 1. Mengkaji penyebab yang membuat pasien merasa kelelahan Hasil: pasien mengatakan bahwa jika ia bergerak (miring kiri/kanan) membuat pasien lelah dan sesak napas | Jam 14.20 S: Pasien mengatakan bahwa ia merasa lelah O: - Pasien terlihat lemah - ADL dibantu oleh perawat dan keluarga - RR: 20 x/menit - Terpasang O2 nassal canul 4 lpm - Pasien disarankan untuk bedrest - EKG: Gelombang T terbalik (inversi) di lead II, III, avF A: masalah teratasi sebagian P: intervensi no 5, 6, 7, 8 dilanjutkan |
| | | 08.08 | 2. Menganjurkan pasien untuk tirah baring/pembatasan kegiatan (seperti meningkatkan jumlah waktu istirahat pasien) Hasil: pasien mengatakan bahwa saat ini ia sulit untuk beristirahat, dikarenakan pasien masih merasa nyeri. Saat pindah ke ruang ICCU, pasien hanya tidur ± 4 jam | |
| | | 12.00 | 3. Membantu pasien untuk makan dan minum Hasil: pasien makan dibantu oleh perawat, pasien menghabiskan porsi makan yang disediakan dan minum air putih 250 cc | |
| | | 12.10 | 4. Memonitor status pernapasan pasien Hasil: pada saat pasien bergerak masih sesak, RR: 21 x/menit | |
| Nyeri akut b/d agen cedera biologis (iskemik) | 28/05/2019 | 06.00 | 1. Melayani pemberian obat aspilet 1x80 mg/oral Hasil: pasien mengatakan bahwa nyeri berkurang | Jam 14.10 S: pasien mengatakan bahwa nyeri berkurang, skala nyeri 2, nyeri ringan O: - TD: 120/70 mmHg, N: 83 |
| | | 09.00 | 2. Mengkaji skala nyeri | |

| | | | | |
|---|------------|-------|--|---|
| | | 09.05 | <p>Hasil: pasien mengatakan nyeri berkurang, skala nyeri 3, nyeri ringan</p> <p>3. Mengobservasi adanya ketidaknyamanan (ekspresi dan gerak – gerak)</p> <p>Hasil: pada saat pasien bergerak miring kiri/kanan, pasien masih merasa nyeri, ekspresi wajah meringis</p> | <p>x/menit</p> <p>A: masalah teratasi sebagian</p> <p>P: intervensi no 1, 4, 6 dilanjutkan</p> |
| | | 09.10 | <p>4. Menyarankan untuk melakukan teknik tarik napas dalam pada saat pasien merasa nyeri</p> <p>Hasil: pasien melakukan teknik napas dalam, setiap kali pasien merasa nyeri</p> | |
| Intoleransi aktivitas b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen | 28/05/2019 | 09.10 | <p>1. Menganjurkan pasien untuk banyak beristirahat</p> <p>Hasil: pasien dapat beristirahat dengan tenang. Saat pindah ke ruang Cempaka, pasien tidur malam 8 jam</p> | <p>Jam 14.10</p> <p>S: pasien mengatakan bahwa ia tidak lelah</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mulai melakukan aktivitas secara bertahap - Sebagian ADL (toileting dan personal hygiene) dibantu oleh perawat dan keluarga - RR: 24 x/menit - EKG: tidak ditemukan inversi |
| | | 09.20 | <p>2. Melakukan tindakan fleksi, ekstensi dan hiperekstensi pada persendian pasien untuk menghilangkan ketegangan otot</p> <p>Hasil: pasien mengatakan bahwa ia merasa lebih rileks setelah dilakukan tindakan</p> | |
| | | 09.43 | <p>3. Membantu pasien untuk BAK di toilet</p> <p>Hasil: pasien berjalan dengan ditopang oleh suami, dan pasien mengatakan bahwa ia sedikit pusing</p> | <p>A: masalah teratasi sebagian</p> <p>P: intervensi no 7 dan 8 dilanjutkan</p> |

| | | | | |
|---|------------|-------|---|--|
| | | 10.00 | 4. Memonitor status pernapasan pasien Hasil: RR: 26 x/menit | |
| Nyeri akut b/d agen cedera biologis (iskemik) | 29/05/2019 | 06.00 | 1. Mengkaji skala nyeri Hasil: skala 1 nyeri ringan, nyeri berkurang | Jam 13.05 S: pasien mengatakan bahwa nyeri berkurang, skala 1 nyeri ringan O: - TD: 110/70 mmHg, N: 82 x/menit, RR: 18 x/menit A: masalah teratasi P: - Intervensi no 4 dilanjutkan di rumah - Advis dokter pasien boleh pulang |
| | | 06.05 | 2. Melayani pemberian obat aspilet 1x80 mg/oral Hasil: pasien mengatakan nyeri berkurang | |
| | | 06.15 | 3. Menganjurkan pasien untuk tetap melakukan napas dalam pada saat nyeri Hasil: pasien mengatakan bahwa ia akan melakukan teknik napas dalam ketika nyeri muncul | |
| Intoleransi aktivitas b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen | 29/05/2019 | 10.30 | 1. Mengobservasi TTV Hasil: TD: 100/70 mmHg, N: 80 x/menit, S: 36,5°C, RR: 20 x/menit | Jam 14.10 S: pasien mengatakan bahwa ia tidak lelah O: - Pasien mulai beraktivitas secara bertahap (makan/minum, toileting dan personal hygiene) dapat dilakukan dengan mandiri - RR: 18 x/menit A: masalah teratasi P: intervensi no 5 dilanjutkan di rumah |

Lampiran 2



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PRODI D-III KEPERAWATAN



Direktorat: Jl. Piet A Tallo Liliba-Kupang, Telp (0380) 881880; 880880



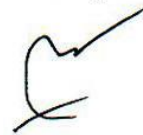


Fax (0380) 85534188; email: poltekkeskupang@yahoo.com



PROSES BIMBINGAN LAPORAN STUDI KASUS

Nama mahasiswa : Kesia Pono
NIM : PO.530320116309
Nama pembimbing : Dominggos Gonsalves, S.Kep.,Ns.,MSc
NIP : 197108061992031001

Judul studi kasus : "Asuhan keperawatan pada Ny. B.S dengan penyakit Angina Pectoris di Ruang ICCU RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang"

| NO | HARI/TANGGAL | REKOMENDASI PEMBIMBING | PARAF PEMBIMBING |
|----|---------------------|--|---------------------|
| 1. | Selasa, 28 Mei 2019 | <ul style="list-style-type: none">- pilih diagnosa yang tepat sesuai kasus pasien- konsultasi kasus/askep ke kepala ruangan iccu | |
| 2. | Sabtu, 1 Juni 2019 | <ul style="list-style-type: none">- konsultasi bab 1,2 dan 3- cover ubah 1 spasi- pada bab 1 tambahkan fungsi normal kardiovaskuler- perbaiki daftar pustaka- perbaiki cara penulisan- kata kalaborasi diganti dengan penatalaksanaan | |

| | | | |
|----|----------------------|--|---|
| 3. | Senin, 3 Juni 2019 | <ul style="list-style-type: none"> - perbaiki penulisan tanda baca dari awal sampai akhir - untuk diagnosa pilih salah satu, mau menggunakan buku lain atau nanda - perbaiki daftar pustaka - konsultasi bentuknya dari awal sampai lampiran |  |
| 4. | Jumat, 7 Juni 2019 | <ul style="list-style-type: none"> - ubah cover - pengaturan margins - ubah kesimpulan dan saran - tambah daftar lampiran - perbaiki sesuai koreksi - Tanggal 8 konsul lagi |  |
| 5. | Sabtu, 8 Juni 2019 | <ul style="list-style-type: none"> - cover ukuran font 14 - studi kasus diganti dengan KTI - perbaiki lembar persetujuan dan lembar pengesahan - perbaiki sesuai koreksi - konsultasi waktu ujian dengan penguji I |  |
| 6. | Senin, 10 Juni 2019 | <ul style="list-style-type: none"> - Acc - Siap untuk ujian tanggal 11 Juni 2019 |  |
| 7. | Selasa, 18 Juni 2019 | <ul style="list-style-type: none"> - perbaiki latar belakang - perbaiki penulisan - pengaturan margins - perbaiki penulisan keterbatasan studi kasus - perbaiki kesimpulan dan saran |  |

| | | | |
|-----|---------------------|---|---|
| 8. | Rabu, 19 Juni 2019 | <ul style="list-style-type: none"> - perbaiki latar belakang - perbaiki penulisan keterbatasan studi kasus - perbaiki sesuai koreksi - konsultasi lanjut di penguji I |  |
| 9. | Jumat, 21 Juni 2019 | <ul style="list-style-type: none"> - Acc - print rangkai s - Senin, 24 Juni 2019 minta tanda tangan ke penguji I - Jilid istimewa |  |
| 10. | | | |
| 11. | | | |